



COMMISSION SCOLAIRE CENTRAL QUÉBEC
CENTRAL QUÉBEC SCHOOL BOARD

FORMULAIRE D'INFORMATION PRÉSCOLAIRE POUR DES **NOUVELLES INSCRIPTIONS À
CSCQ POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026**

- programme pour les 4 ans (éducation à l'enfance – École Holland seulement)
 programme pour les 4 ans (maternelle) programme pour les 5 ans (maternelle)

1. Identification de l'enfant :	Veuillez coller une photo de votre enfant pour une identification facile
Nom de famille : _____	
Prénom : _____	
<u>Admissible pour une éducation en anglais :</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oui Non Incertain	

2. Transport à la fin de la journée d'école		
Quitte avec un parent <input type="checkbox"/>	Va au service de garde de l'école <input type="checkbox"/>	
Prend l'autobus, si autorisé <input type="checkbox"/>	Avec son frère/sa sœur: <input type="checkbox"/>	Nom du frère ou de la sœur : _____
	Numéro de l'autobus : _____	Niveau scolaire : _____ Salle de classe : _____
Autres arrangements : <input type="checkbox"/> _____		
Adulte(s) autorisé(s) à quitter avec l'enfant : Nom : _____		
Nom : _____		

Aidez-nous à en apprendre plus sur votre enfant

3. Langues :	Langue maternelle : _____			
MON ENFANT	Oui	Non	Très peu	Commentaires
Comprend l'anglais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parle anglais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
A des problèmes de prononciation (zézaiement, bégaiement, certains sons, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Langue parlée à la maison : anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais & français <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> _____				

Ce formulaire sera mis à la disposition des employés de l'école qui travaillent avec votre enfant.

4. Service de garde fréquenté antérieurement

Votre enfant a-t-il fréquenté : Garderie familiale Service de garde Programme pour (CPE) les 4 ans Non applicable

Si oui, À temps partiel _____ (jours/semaine) À temps plein Combien d'années? _____

Si oui, anglais français autre : _____

Mon enfant a déjà bénéficié d'un plan d'intervention Oui * Non

Veuillez spécifier _____

***Si OUI, veuillez fournir une copie du plan d'intervention à l'école.

5. Renseignements importants sur mon enfant

Mon enfant fait une sieste l'après-midi oui Pendant combien de temps? (minutes) _____ non

Mon enfant est capable :

- de s'habiller tout seul oui non
- d'aller aux toilettes tout seul oui non
- de se nourrir tout seul oui non

Événements récents dans la vie de mon enfant

Divorce / Séparation
 Déménagement
 Mortalité dans la famille
 Problèmes de santé graves dans la famille

Déploiement militaire d'un parent
 Naissance dans la famille
 Changement d'occupation d'un parent
 Autre : _____

Votre enfant a-t-il reçu un ou plusieurs des services spécialisés suivants :

Ergothérapie
 Psychoéducation
 Services psychosociaux
 Orthophonie

Pédopsychiatrie
 Psychologie
 Neurologie

Autre : _____

Veuillez fournir des copies des rapports à l'école dès que possible.

Votre enfant a-t-il fait vérifier sa vision et son audition ?

Année du dernier examen de la vue _____

Année du dernier dépistage auditif _____

Avez-vous des inquiétudes quant au développement de votre enfant ?

Autonomie
 Attention
 Mémoire
 Motricité fine ou globale
 Comportement

Estime de soi
 Développement social
 Langage oral
 Anxiété
 Autre : _____